

Osteopathischer Fallbericht

Fertiggestellt am 14.06.2020

Osteopathie bei Sekundärer Dysmenorrhoe mit neurologischen Symptomen im Jugendalter

Erstellt von:
Sandra Anne Zenzen
Physiotherapeutin, Heilpraktikerin
Praxis Behandelbar 
Physiotherapie.Osteopathie.Tanzmedizin
Bahnhofstraße 17, 68526 Ladenburg
Telefon: 01632344826
info@physio-behandelbar.de

Schlüsselwörter:

Sekundäre Dysmenorrhoe im Jugendalter, osteopathische Läsionsketten

Zusammenfassung:

Das Vorhandensein einer hohen duralen Spannung im Jugendalter kann durch eine Geburt durch Vakuumextraktion hervorgerufen werden (2) und zu Wachstumsveränderungen der Schädelknochen, einer erhöhten faszialen Spannung und einer weiterlaufenden osteopathischen Läsionskette führen, die durch weitere Traumen zu Symptomen an entfernten Körperregionen führen kann.

Hintergrund:

Eine 15-jährige schlanke, gut trainierte Patientin hat seit 2 Jahren starke Menstruationbeschwerden.

Anamnestisch ergab sich eine Schädelprellung vor 2 Jahren und eine Prellung des Os coccygis vor 3 Jahren.

Die Geburt vor 15 Jahren erfolgte aus der 1. Vorderhauptslage mit Hilfe einer Saugglocke.

Einige Symptome am Schädel, die im Befund aufgeführt werden, lassen auf eine asymmetrische Duraspannung schließen, die das Schädelwachstum und die gesamtkörperliche fasziale Spannung beeinflusst haben.

Die Spannungsasymmetrien im Schädel zeigen sich durch eine rechtsbetonte Zahnfehlstellung, rechtsbetonte Sehschwäche, eine unzureichende Nasenatmung sowie ungleich geformte Nasenlöcher und ungleich anliegende Ohren.

Über den Duralsack und seiner Befestigung an S2 setzt sich diese kraniale durale Spannung bis zum Becken fort, wo die Aufhängungen des Urogenitalsystems und das myofasziale System in eine kompensierte Dysbalance geraten sein könnten. Während der Menstruation, in der der Uterus vergrößert ist und die glatten Muskelfasern kontrahieren, führt diese Spannung im Becken zu starken Beschwerden und zur Dekompensation.

Außerdem scheinen die Spannungen des myofaszialen und viszeralen Systems zur Kompression des benachbarten Plexus sacralis sowie des Nervus obturatorius zu führen, sodass die Menstruation zeitweise von Sensibilitätsstörungen (Hypästhesie) der Fußsohlen begleitet wird.

Diese Nervenkompression wären auch ein Erklärungsmodell für die zeitweiligen Kniebeschwerden der Patientin.

Die assoziierten strukturellen Dysfunktionen zum symptomatischen Genitalsystem (6) nach Barral ergeben zusammenfassend alle Dysfunktionorte der Patientin: der reflektorische Knieschmerz, das Tibio-Fibulargelenk, Occiput-Temporale rechts, obere HWS und lumbosacraler Übergang.

Fallbericht:

Anamnese

Eine 15-jährige Patientin kommt im April 2020 einige Tage nach Einsetzen der Menstruationsblutung auf Grund während nahezu jeder Monatsblutung auftretender rezidivierender starker Schmerzen im Unterbauch und mit zeitweisen Taubheitsgefühlen in beiden Fußsohlen und Unterschenkeln, sowie Kopfschmerzen im Bereich der Ossa parietalia in die Praxis.

Diese Symptome kündigen sich immer bereits 3-4 Tage vor Beginn der Regelblutung an und dauern nach dem Einsetzen der Blutung ebenso lange an. Die Menarche begann mit 12 Jahren, die Zykluslänge beträgt zwischen 27-29 Tagen, die Menstruationsdauer 6-8 Tage, was der Norm entspricht und nicht auf Unregelmäßigkeiten hinweist (1). Die schmerzhaft und symptomatische Regelblutung besteht in dieser Form erst seit ca. 2 Jahren.

Linderung erfährt die Patientin durch Ruhe und Wärme, sowie zeitweiser Einnahme von leichten Schmerzmitteln.

Die Patientin hat diese Beschwerden noch nicht gynäkologisch abklären lassen, nahm als Medikation Mönchspfeffer ein, was keine Besserung brachte.

Des Weiteren hat die Patientin manchmal Knieschmerzen im rechten Kniegelenk, welche nach physiotherapeutischen Behandlungen besser wurden und die die Patientin durch stabilisierenden Eigenübungen gut managen kann.

Traumatisch finden sich in der Anamnese ein Sturz auf das Steißbein vor 3 Jahren beim Schlittschuhlaufen, sowie eine Schädelprellung beim Sturz auf den Hinterkopf im Rahmen einer Ballettaufführung vor 2 Jahren.

Die Patientin tanzt semiprofessionell Ballett mit einer Trainingshäufigkeit von ca. 5 Mal pro Woche.

Außerdem bestand ein Supinationstrauma vor 6 Jahren des rechten Fußes sowie eine Fraktur des rechten Mittelfingers vor 5 Jahren mit noch sichtbarer Deformität.

Die biographische Anamnese ergibt eine Vakuumextraktion aus der 1.

Vorderhauptslage und eine seit Geburt an bestehende Betonung der rechten Seite hinsichtlich Beschwerden und Verletzungen.

Die Patientin trägt eine lose Zahnspange zur Korrektur eines zu engen Oberkiefers mit einem rechten 2. Schneidezahn, der deutlich hinter der vorderen Zahnreihe steht, was zu einem relativ prominent stehenden linken Eckzahn führt.

Erwähnenswert ist ebenfalls eine leichte Sehschwäche seit dem 12. Lebensjahr mit Betonung des rechten Auges, die laut Augenarzt so gering ist, dass keine Sehhilfe nötig wäre, jedoch von der Patientin als tagesabhängig unterschiedlich intensiv empfunden wird, bis hin zu als zeitweise stark empfundenen Einschränkungen des Sehvermögens.

Spannungen zwischen Schädelknochen und periphere Kräften können das Sehvermögen beeinflussen und sich durch Wachstumsschübe verändern (2).

Da die Orbitaauskleidung, sowie die Umhüllung der gerade Augenmuskeln aus der Dura cranialis (7) bestehen, könnte im vorliegenden Fall das tagesunterschiedliche Sehvermögen auch durch Spannungsunterschiede der Dura zu bewerten sein.

Die weitere Behandlung wird darüber Aufschluss geben.

Die Patientin bekommt im Winter keine Luft durch die Nase, im Sommer nur wenig und atmet deshalb ausschließlich durch den Mund.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Sichtbefund:

Die Patientin weist einen guten Allgemeinzustand auf, wiegt 55 kg bei einer Körpergröße von 1,70 m und ist in einem guten Trainingszustand.

Im Stand ist der Kopf nach rechts geneigt und gedreht, die rechte Scapula steht näher zur Wirbelsäule als die linke, was durch die leichte Konkavität Th 7-10 nach rechts zu erklären wäre und verursacht, dass die rechte Schulter tiefer als die linke steht.

Die rechte Spina iliaca anterior superior und inferior sind höher als auf der linken Seite, das Becken ist insgesamt nach rechts translatiert.

Das Körpergewicht ruht im Stand mehr auf dem rechten Bein.

In Rückenlage liegt die Patientin nach rechts geneigt.

Am Kopf ist auffällig, dass das rechte Ohr mehr anliegt als das linke, bzw. das linke Ohr mehr absteht.

Eine weitere Asymmetrie am Kopf besteht darin, dass der Unterkiefer deutlich nach rechts verschoben ist.

Untersuchungsbefund:

Das General Listening zieht nach unten innen.

Das orientierende Scanning zeigt insgesamt eine überdurchschnittliche körperliche Beweglichkeit, jedoch eine deutliche fasziale Auffälligkeit der rechten Seite in Form einer Kürze und Enge der gesamten rechten Seite.

Besonders die tiefe Frontallinie (3) oder zentrale Kette wirkt auf der rechten Seite von Kopf bis Fuß als Gesamtheit in Gewebekonsistenz und Spannung fester als auf der linken Seite.

Beim Stand mit jedem Fuß auf einer Waage beträgt das Körpergewicht rechts 1 kg mehr als links. Bei der Aufforderung, feste die Zähne zusammen zu beißen, zeigt die Waage unter dem rechten Fuß 10 kg mehr Gewicht als unter dem linken Fuß.

Der Faszienzug über das Bein, der Translationstest am Thorax, sowie der Pelvic-Rock-Test zeigen deutlich eine vermehrte fasziale Spannung der rechten Seite, während der Faszienzug am Arm keine seitenunterschiedliche fasziale Spannung zeigt.

Es besteht ein Vorlauf auf der rechten Seite in Stand und Sitz.

In Flexion zeigt die Wirbelsäule einen harmonischen Bogen. Bei der Lateralflexion zu beiden Seiten ist auffällig, dass die Segmente oberhalb Th 7 gerade bleiben und sich nicht an der Bewegung beteiligen.

In der Lendenwirbelsäule ist eine FRS links bei L5/S1, eine FRS links L2/3 mit NSR ab L1/2 bis zu Th4 festzustellen.

Der Sulcus des Iliosacralgelenkes ist links tiefer als rechts, der Angulus lateralis inferior des Sacrums ist rechts posterior, das rechte Ligamentum Sacrotuberale zeigt mehr Spannung als das linke. Es zeigt sich eine Rotation um eine linke Achse im Sinne der Backward torsion R/L.

Es besteht eine Druckschmerzhaftigkeit sowie eine hohe Spannung im Bereich des Zwerchfells mit einem Listening zur rechten Niere, Hypertonus des Musculus psoas major, der Iliocöcalklappe, der Radix mesenterii, beider Tuben,

des Uterus und des gesamten Peritoneums.
Druck am Ligamentum sacrotuberale verursacht menstruationsähnliche Beschwerden im Bauch, ebenso am Beckenboden, der eine hohe Spannung aufweist, sowie an der Membrana obturatoria, alles mit rechtsseitiger Betonung. Am zeitweise schmerzhaften rechten Kniegelenk zeigt sich eine Druckempfindlichkeit des Pes anserinus superficialis.
Die Bändertests sind unauffällig, es sind keine weiteren lokalen Zeichen einer Reizung des Kniegelenkes oder der Patella vorhanden.
Der rechte Fuß hat eine im Vergleich zum linken Fuß eine deutliche Bewegungseinschränkung in Plantarflexion. Das Os cuboideum steht dorsal, der Talus anterior und das Subtalargelenk weist eine Hypomobilität auf.
An der Membrana interossea des Unterschenkels ist ein hartes Endgefühl festzustellen. Das proximale Tibiofibulargelenk zeigt eine Außenrotationsdysfunktion, der Fibulakopf steht dorsal.
Ein Listening am medialen Septum intermusculare des Oberschenkels zieht in Richtung Becken, am posterioren Septum nach kaudal.
Am Schädel ist der primär respiratorische Mechanismus nicht zu ertasten, der Schädel zeigt eine allgemeine Rigidität. Es besteht eine Kompression der Synchronosis sphenobasilaris, sowie eine Extensionsdysfunktion.
Die Sutura cruciata ist druckschmerzhaft und die mediane Achse zeigt keine Durchlässigkeit für Bewegungsimpulse. Der Gaumen ist eng.
Am Os incisivum ist eine Außenrotationsdysfunktion wahrnehmbar.
Der Draw-Test des Os Temporale zeigt eine Festigkeit rechts gegenüber links, das Os zemporale steht rechts in Innenrotationsdysfunktion.
Das Os occipitale weist eine condyläre Kompression auf.
Das Atlanto-Occipital-Gelenk zeigt eine ESR rechts.
Durazug über Cranium oder Sacrum besitzen eine hohe Spannung.

Befundanalyse und Erklärungsmodelle:

Die beiden auffälligsten Regionen im Sinne der größten Spannung liegen im Bereich des Beckens und des Kopfes.

Es ist zu vermuten, dass die Geburt durch Vakuumextraktion zur Spannungsbelastung des Craniums und damit zur erhöhten rechtsbetonten Spannung der Körpergewebe beigetragen hat und das Wachstum der Schädelknochen (orbita- und gaumenbildende Knochen), sowie die gesamtkörperliche fasziale rechtsseitige Belastung mit beeinflusst hat. Die durch den geburtshilflichen Eingriff auf den Schädel wirkenden Kräfte sind als Primärläsion anzusehen.

Diese hohe kraniale Spannung könnte sich über die Anheftung der Dura mater spinalis über den Duralsack am Filum terminale an S 2 (5) ins Becken fortgesetzt haben und könnte durch das Contusionstrauma am Schädel sowie durch den Sturz auf das Os coccygis eine nachfolgende Dekompensation und damit Symptomatisierung erfahren haben.

Des Weiteren zeigen die Befunde eine Bewegungseinschränkung des rechten Fußes (Os Cuboideum, Talus, Subtalargelenk), der Membrana interossea, sowie des proximalen Tibiofibulargelenkes, sodass zu der oben beschriebenen absteigenden Läsionskette des Craniosacralen Systems durch das Supinationstrauma eine aufsteigende Kette hinzugekommen ist. Diese verläuft

über den Fuß zum Tibiofibulargelenk über Zug des am Fibulaköpfchen befestigten Tractus iliotibialis zum Becken.

Im Becken treffen die aufsteigende mechanische und die absteigende neurosomatische Kette aufeinander, sodass hier die Symptome der Patientin zum Tragen kommen.

Über ligamentäre Verbindungen sind Uterus und Ovarien mit dem knöchernen Becken verbunden. Die hohe fasziale Spannung im Becken sorgt auch für eine Spannungsänderung der Zugbelastung der Lamina pelvico-vesico-uterecto-sacralia, sowie des Ligamentum suspensorium ovarii, das die rechte Tuba ovarii mit der Ileocöcalklappe verbindet.

Das Colon ascendens, welches unter anderem an der Iliocöcalklappe beginnt, grenzt an den Musculus psoas major, der wiederum sowohl in der Psoasarkade des Zwerchfells in der Lendenwirbelsäule ansetzt, was die große Spannung im Zwerchfell erklären würde, als auch durch die Innenseite der ala ossis ilii hindurchläuft. Neben dem M. psoas major läuft der N. obturatorius(L2-L4), der motorisch die Adduktoren im Hüftgelenk, die teilweise bis über das Kniegelenk laufen, versorgt und sensibel ein Areal an der distalen Innenseite des Oberschenkels, exakt an der Stelle, an der die Patientin ihre Kniebeschwerden angibt.

Außerdem verläuft der N. obturatorius durch das Foramen obturatorium, welches bei einer Palpation die typischen Unterbauchbeschwerden ausgelöst hat.

Die Taubheit der Fußsohlen während der Menstruation sprechen für eine Belastung des Plexus sacralis, der sein Innervationsgebiet von L5-S4 hat und in direkter anatomischer Nachbarschaft zum M. psoas major liegt.

Hier wiederum dürfte es sich im speziellen um den N. tibialis aus dem N. ischiadicus handeln, der aus den Nervenwurzeln L4-S3 gespeist wird und sein sensibles Innervationsgebiet unter anderem von der Kniekehle bis über die gesamte Fußsohle zu den Zehen hat.

Osteopathische Therapie:

Die befundbezogene osteopathische Erstbehandlung hatte eine Reduktion der hohen faszialen Spannung in den beiden als Hauptregionen Cranium und Becken definierten Bereiche zum Ziel. Des Weiteren eine Auflösung der Strains, die sich durch primäre und sekundäre Läsionen entwickelt haben.

Da die Spannung im Becken durch die gerade stattgefundenen Regelblutung noch „akut“ war, wurde als Behandlungseinstieg eine weiche globale Brustwirbelsäulenmobilisation zur unspezifischen sympathischen Regulierung gewählt. Danach wurden die Beckenpunkte AL1 und AL5 des Counterstrain nach Jones als indirekte Behandlungsmethode angewendet (3), gefolgt von den direkten parietalen und lokalen Muskelenergie-Techniken, nach Mitchell, was laut Jones in Kombination zum „besten Behandlungsergebnis“ (3) führt.

Damit wurde die FRS links L5/S1 behandelt, sowie die R/L-Torsion des Sacrums nach der Lösung der symphysalen Spannung.

Weiterhin wurden viscerale Techniken angewendet zur Behandlung des Beckenbodens, des Peritoneums, der Radix mesenterii, der rechten Niere, des Ligamentum pubovesicale, des Uterus, der Tuben und des Colon ascendens (6)

Ergänzt wurde dies durch ein Myofascial Release des M. Psoas Major, des Zwerchfells, auch der Crus als Ansatz des M. psoas major und durch ein Schock-Release.

Weiterhin wurde das Diaphragma thoracale, die obere Thoraxapertur und die Halswirbelsäule mittels Myofascial Release behandelt und durch eine Duraschaukel, eine Traktion C0/C1, sowie eine CV4-Technik beendet. Die craniosacralen Techniken zielten auf eine Abrundung der Behandlung im Sinne einer Harmonisierung des Organismus und zur Vorbereitung einer intensiveren craniosacralen Behandlung in einer nächsten Sitzung ab.

4 Wochen später berichtete die Patientin von einer allgemeinen Erleichterung und dem Gefühl der „Ordnung im Körper“ unmittelbar nach der Behandlung, was einige Zeit angehalten hatte, sowie völlige Schmerzfreiheit im Knie.

Die nächste Menstruationsblutung war zum Zeitpunkt der Zweitkonsultation gerade im Gange und hatte deutlich weniger Schmerzen als gewöhnlich verursacht und keine Taubheitsgefühle der Fußsohlen hervorgerufen. Auf Schmerzmittel konnte die Patientin komplett verzichten.

In der zweiten Behandlung war der Vorlauf links, statt rechts, die Bauch- und Beckenbodenspannung war im Vergleich zur ersten Behandlung deutlich geringer, die R/L-Torsion ist nicht wieder aufgetreten, der PRM am Cranium nicht zu palpieren.

Als Behandlungseinstieg wurden, wie bei der ersten Behandlung auch, parietale Techniken angewendet, diese Mal für Fuß und Unterschenkel um die Dysfunktionen von Os cuboideum und Talus, der Membrana interossea und des proximalen Tibiofibulargelenkes zu lösen. Zum Einsatz kamen Myofascial Release und Facilitated Positional Release nach Stanley Schiowitz.

Anschließend wurde mit Craniosacraler Therapie (7) gearbeitet. Das Sacrum wurde mittels Oszillationen und Traktionen behandelt und gelöst, danach wurde die ESR re von C0/C1 mittels FPR und MET gelöst.

Insgesamt wurde an der kondylären Kompression im Occiput, dem Sphenoid in Extensionsdysfunktion, der Innenrotation des rechten Os Temporale, der Lösung der Suturen occipitomastoidea, parieto-squamosa, saggitalis, coronalis, den orbitabildenden Suturen und metopica gearbeitet. Außerdem wurde intraoral an der medianen Achse sowie der Extensionsdysfunktion des Os palatinum gearbeitet.

Nach der Behandlung war der PRM kräftig tastbar, die Patientin fühlte sich müde und „befreit“. Eine vorerst letzte Behandlung ist für in 5 Wochen geplant, damit ein weiterer Menstruations- Zyklus abgewartet werden kann um das Schmerzniveau zu erfragen und um noch vorhandene Spannungen nachzuarbeiten.

Diskussion und Schlussfolgerung:

Der vorliegende Fall schildert eine deutliche Symptomreduktion nach der ersten Behandlung. Die Menstruationsbeschwerden der nächsten Regelblutung waren schon nach der ersten Behandlung deutlich geringer, die neurologischen Symptome blieben aus.

Die zweite Behandlung zielte auf eine Auflösung der Schlüsselläsion ab. Laut Re-Test war dies gelungen. Ob dies jedoch die Symptome der Patienten gänzlich zum Verschwinden gebracht haben, wird die nächste Behandlung

zeigen.

Die Patientin konnte durch die Einnahme von Schmerzmittel und von Mönchspfeffer keine Linderung ihrer Beschwerden erfahren.

Sollten die Beschwerden nach der 3. geplanten Behandlung keine dauerhafte Besserung zeigen, ist eine gynäkologische Abklärung erforderlich.

Weiterhin ist zu raten, auch unabhängig von den aktuellen Beschwerden, pubertätsbegleitend osteopathisch zu behandeln um eventuelle Wachstumschübe und körperliche Entwicklungsschritte positiv zu beeinflussen.

Zu beobachten ist, wie sich die Zahnfehlstellung entwickelt und inwieweit auch die leichte rechtsbetonte Fehlsichtigkeit durch eine Regulation des craniosacralen Systems, insbesondere der duralen Spannung, günstig zu beeinflussen ist.

Literatur:

- (1) Gynäkologie und Geburtshilfe, Verlag Haus und Gross, Eric Haus und Steffen Gross 1996
- (2) Osteopathie bei Kindern und Jugendlichen, Grundlagen, Krankheitsbilder und Behandlungstechniken, Jane Carreiro, Verlag Elsevier Urban und Fischer 2004
- (3) Anatomy Trains, Myofasziale Leitbahnen für Manual-und Bewegungstherapeuten, Thomas W. Myers, Verlag Elsevier Urban und Fischer 2010
- (4) Strain-Counterstrain-Osteopathische Behandlung der Tenderpoints, Lawrence Jones, Verlag Elsevier Urban und Fischer, 2005
- (5) Prometheus, Lernatlas der Anatomie, Kopf, Hals und Neuroanatomie, Schünke, Schulte, Schumacher, Voll, Wesker, 5. Auflage, Verlag Thieme, 2018
- (6) Viszeralosteopathie, Grundlagen und Techniken, Eric Hebgén, Verlag Haug, 2014
- (7) Kraniosakrale Osteopathie, Ein praktisches Lehrbuch, Torsten Liem, Verlag Thieme, 2018